

فردای سالمند را امروز آغاز کنید با تلفن رایگان 1-800-880-5305 تماس بگیرید

از این تقاضانامه پستی برای پوشش‌های بیمه‌های زیر استفاده کنید:



پوشش بیمه های کم هزینه برای کودکان نوزاد تا 18

- بیمه کامل تندرستی، دندان، و چشم پزشکی.
- حق بیمه ماهانه کم، از \$4 برای هر فرزند تا حد اکثر \$45 برای هر خانواده.
- بدون پرداخت سهم بیمار برای خدمات پیشگیری (مانند واکسیناسیون). \$5 سهم بیمار برای خدمات غیر پیشگیری (از قبیل مراجعه به پزشک به دلیل بیماری).
- حق انتخاب برنامه های بیمه تندرستی، دندان، و چشم پزشکی.
- برای تعیین واحد شرایط بودن شما، دارایی خانواده (مانند پس انداز یا اتومبیل) به حساب نمی آید.
- این بیمه برای فرزندان فاقد بیمه تندرستی و فرزندانی که دارای بیمه میدیکل Medi-Cal با هزینه هستند مفید است.
- فرزندان افراد مجرد یا خانواده ای که در آن پدر کار میکنند نیز میتوانند از این بیمه استفاده کنند.
- تقاضا را پست کنید.
- برای فرزند زاده نشده، یا فرزندی که به سن 1 یا 6 سال میرسد و Medi-Cal رایگان را از دست میدهد سه ماه زودتر درخواست کنید.



پوشش بیمه رایگان برای کودکان نوزاد تا 18 سال و زنان باردار

- بیمه کامل تندرستی، دندان و چشم پزشکی رایگان برای کودکان.
- بدون پرداخت حق بیمه.
- بدون پرداخت سهم بیمار برای هریک از موارد بالا.
- حق انتخاب برنامه های بیمه تندرستی در بیشتر مراکز جمعیتی عمده.
- برای تعیین واحد شرایط بودن شما، دارایی خانواده (از قبیل پس انداز یا اتومبیل) به حساب نمی آید.
- در خانواده ای با در آمد بالاتر تعداد بیشتری از فرزندان برای Medi-Cal رایگان واحد شرایط خواهند بود.
- فرزندان افراد مجرد، یا خانواده ای که در آن پدر و مادر کار میکنند نیز میتوانند از این بیمه استفاده کنند.
- تقاضا نامه را پست کنید. برای تسلیم درخواست لازم نیست به اداره رفاه مراجعه کنید.

واجدین شرایط زیر با تکمیل این فرم میتوانند از Medi-Cal یا Medi-Cal رایگان بهره مند شوند:

- زیر 19 سال سن یا زن باردار
- درآمد در چهارچوب ضوابط تعیین شده
- مقیم ایالت California
- تابعیت یا ملیت آمریکایی داشته، یا خارجی واحد شرایط. فرزند شما یا بانوی باردار، قطعه نظر از وضعیت مهاجرت یا تاریخ ورود به ایالات متحده، ممکن است برای دریافت نوعی مزایای Medi-Cal واحد شرایط بشود.

دو برنامه بیمه تندرستی هستند:

- تعداد اعضای خانواده، سن فرزند، و درآمد خانواده عوامل تعیین کننده نوع برنامه‌ای هستند که فرزند شما برای آن واحد شرایط میشود. فرزند کوچکتر ممکن است برای Medi-Cal رایگان و فرزند بزرگتر برای برنامه Healthy Families واحد شرایط باشند.
- اگر فرزندی برای Medi-Cal رایگان واحد شرایط بشود، برای برنامه Healthy Families واحد واحد شرایط خواهد بود.
- چنانچه درآمد شما بیش از میزان باشد که واحد شرایط Medi-Cal رایگان نشود، فرزند شما ممکن است برای برنامه Medi-Cal رایگان واحد شرایط بشود.





چگونه درخواست کنید؟

برای تسلیم درخواست، لازم نیست تعیین کنید که فرزند شما یا بانوی باردار واجد شرایط چه برنامه یا برنامه هایی است.

• فقط صفحات A1 تا A3 تقاضانه را تکمیل کنید و آنها را همراه با مدارک لازم پست کنید.

• اگر بنظر شما فرزندتان برای برنامه Healthy Families واجد شرایط است فرم A4 را نیز تکمیل کنید. شما میتوانید

این کار را هم اگرچه انجام دهید با ما پس از تعیین واجد شرایط بودن فرزندتان با شما ناسخ خواهید گرفت. اگر همین حالا فرمها را پر کنید زود تر زیر پوشش بهمه قرار خواهد گرفت.

• حتی قبل از اینکه بدانید که گردش شما برای Medi-Cal واجد شرایط می باشد، برای کسب اطلاعات در مورد طرح بهداشتی-درمانی که در منظمه شما در دسترس میباشد و همچنین جهت درخواست پاک اطلاعات که محتوی فرمای تقاضانه است، میتوانید با شماره 5034-840-800-1 تماس بگیرید.

هر گمکی که لازم داشته باشید به رایگان در اختیار شما قرار خواهد گرفت

چنانچه پیش از امضاء و تسلیم درخواستنا میخواهید بدانید برای کدام برنامه حائز شرایط هستید، یا اگر برای پر کردن درخواستنا به کمک نیاز دارید با شماره رایگان 1-800-880-5305 با ما تماس بگیرید. گارگان ما میتوانید شماره 5034-840-800-1 تماس دستیار رسمی تکمیل تقاضانه (Certified Application Assistant) در حوالی محل زندگیتان را به شما بدهند.

در آمد ناخالص ماهانه (قابل اجراء از تاریخ 1 آوریل 2006)

شما لازم نیست بدانید فرزند شما برای کدام برنامه واجد شرایط است، بلکه استفاده از جدول زیر یک آگاهی کلی بدهست آورید. چنانچه درآمد ماهانه خانوار شما مساوی یا بیش از مبلغ مدرج در این جدول باشد، فرزند شما ممکن است برای برنامه Healthy Families یا Medi-Cal رایگان واجد شرایط بشود. اگر کار میکنید، بابت تکه‌هاری کودک پولی پرداخت میکنید، مقرر فرزند یا نفقة میگیرید یا پرداخت میکنید، در اینصورت ممکن است میزان در آمد خانواده شما را کاهش دهیم. در آمد خانواده و مجموع مجاز در سراسر این دستورالعمل توضیح داده شده است. برای آگاهی از خانواده‌های پرجمعیت با شماره رایگان 1-800-880-5305 با ما تماس بگیرید، یا از دستیار رسمی تکمیل تقاضانه بپرسید.

فرزنده تا 18 سال HEALTHY FAMILIES	فرزنده تا 18 سال MEDI-CAL	فرزنده تا 5 سال HEALTHY FAMILIES	فرزنده تا 5 سال MEDI-CAL	فرزنده نوزاد تا 1 سال HEALTHY FAMILIES	فرزنده نوزاد تا 1 سال MEDI-CAL	تعداد اعضاء خانواده
\$ 818 - \$ 2,042	\$0 - \$ 817	\$1,088 - \$ 2,042	\$0 - \$ 1,087	\$1,635 - \$ 2,042	\$0 - \$ 1,634	1
\$1,101 - \$ 2,750	\$0 - \$ 1,100	\$1,464 - \$ 2,750	\$0 - \$ 1,463	\$2,201 - \$ 2,750	\$0 - \$ 2,200	2
\$1,385 - \$ 3,459	\$0 - \$ 1,384	\$1,841 - \$ 3,459	\$0 - \$ 1,840	\$2,768 - \$ 3,459	\$0 - \$ 2,767	3
\$1,668 - \$ 4,167	\$0 - \$ 1,667	\$2,218 - \$ 4,167	\$0 - \$ 2,217	\$3,335 - \$ 4,167	\$0 - \$ 3,334	4
\$1,951 - \$ 4,875	\$0 - \$ 1,950	\$2,595 - \$ 4,875	\$0 - \$ 2,594	\$3,901 - \$ 4,875	\$0 - \$ 3,900	5
\$2,235 - \$ 5,584	\$0 - \$ 2,234	\$2,972 - \$ 5,584	\$0 - \$ 2,971	\$4,468 - \$ 5,584	\$0 - \$ 4,467	6

بخش 2

دستورالعمل تکمیل تقاضانه

بخش 1

مشخصات شخصی را که برای خودش یا فرزند یا زن باردار یا فرزند زاده نشده درخواست میکند بتوانید.

پرسش 16

به شما توصیه میکنیم که صرفنظر از نوع برنامه ای که فرزندان شما برای آن واجد شرایط هستند از مزایای مراقبتهای بهداشتی برای آفان استفاده کنید.

• **فرزندا:** ما فرزند شما را در برنامه‌ای که برای آن واجد شرایط است ثبت نام میکنیم، مگر اینکه شما موافقت نکنید. چنانچه مایل نیستید نام فرزند شما در هیچیک از برنامه‌ها ثبت شود، در مربوعی که میگوید شما برنامه بهداشتی را نمیخواهید علامت ضریب بدگذارید. این بدان معنی است که اگر شما در مربع علامت بدگذارید و فرزند شما برای Medi-Cal واجد شرایط باشد، هیچیک از برنامه‌های بیمه تدرستی ثبت نام نخواهد شد.

• **زنان باردار:** برنامه دسترسی کودکان و مادران به بیمه (AIM) برای زنان بارداری است که فاقد بیمه تدرستی هستند و در عین حال میزان در آمد آنها آنقدر بالا است که برای Medi-Cal رایگان واجد شرایط نمیشوند. برای آگاهی بیشتر و اخذ تقاضانه AIM با شماره 1-800-433-2611 تماس بگیرید.

مشخصات فرزندان زیر 19 سال و یا بانوی بارداری که پوشش بیمه درخواست میکنند را بتوانید.

برای هر یک از فرزندان یا بانوی بارداری که پوشش بیمه‌ای درخواست میکند به پرسشهای 17 تا 32 پاسخ دهید.

چنانچه برای فرزند زاده نشده درخواست میکنید، مربع مربوط به کودک زاده نشده را که زیر ستون فرزند شماره 1 است علامت

بگذارید و همه اطلاعاتی را که در حال حاضر در این مورد دارید بتوانید. برنامه Healthy Families پوشش بیمه برای فرزند زاده نشده را پس از دریافت مدارک مربوط به زاده شدن کودک آغاز خواهد کرد. برای اعلام فرزندان بیشتر، از برگ جداگانه یا از فتوکپی صفحات A1 و A2 تقاضانه استفاده کنید.



تنهای در صورتی به این پرسش پاسخ دهید که با پاسخ شماره 17 فرق داشته باشید.

پرسش 19

چنانچه پاسخ به این پرسش با جواب بخش 1 فرق دارد، نشانی کامل خود را بتوانید، که باید شامل نام خیابان، شماره پلاک، شماره آپارتمان، نام شهر و کد پستی باشد.

پرسش 20

نسبت فرزندان یا بانوی باردار به فرد نامبرده در پرسش شماره 1 بخش 1 چیست؟ **برای مثال:** دختر، همسر، فرزند خوانده، بچه باردار، و غیره.



تقاضا نامه

خواهشمند است پیش از پر کردن این تقاضانامه دستورالعمل را بخوانید
روشن بنویسید، فقط از قلم سیاه یا آبی استفاده کنید.

بخش ۱: مشخصات شخصی را که برای خودش، یا فرزند، یا بانوی باردار یا کودک زاده نشده درخواست میکند بنویسید.

1	نام خانوادگی	نام کوچک	نام میانی	تاریخ تولد / ماه روز / سال
2				
3	نشانی منزل (شماره پلاک و نام خیابان) صندوق پستی نویسید	شماره آپارتمان	تلفن منزل ()	5
4				
5				
6	شهر	کانتی	کد پستی محل کار ()	9
7				
8				
9				
10	نشانی پستی (اگر با نشانی منزل فرق دارد) یا صندوق پستی	شماره آپارتمان	تلفن پیام ()	12
11				
12				
13	شهر		کد پستی	14
14				
15A	به چه زبانی بهتر از همه صحبت میکنید؟	15B	به چه زبانی بهتر از همه صحبت میکنید؟	

ما فرزند شما یا بانوی باردار را در برنامه ای که برای آن واجد شرایط میباشد ثبت نام میکیم، چنانچه مایل نیستید در یکی از این برنامه‌ها ثبت نام کنید مریع یا مریع (های) زیر را علامت بگذارید.

Healthy Families: گواهی ولادت نفرستید. صفحه Healthy Families را پر نکنید.

من مایل نیستم:



Medi-Cal



بخش 2: مشخصات فرزندان زیر ۱۹ سال و / یا بانوی بارداری را که درخواست پوشش بیمه ای میکنند شرح دهید.

بانوی باردار	فرزند ۴	فرزند ۳	فرزند ۲	فرزند ۱ یا زاده نشده
				اگر زاده نشده مریع <input type="checkbox"/> را علامت بگذارید

17	نام:	خانوادگی کوچک میانی
18	نامی که در خانوادگی گواهی ولادت کوچک است:	(اگر با شماره ۱۷ میانی یکی است پیزی نویسید)
19	چنانچه نشانی فرزند با نشانی مندرج در بخش ۱، پرسش ۳، یکی نیست نشانی کامل او را بنویسید:	
20	نسبت او با شخص نامبرده در بخش ۱:	
21	جنسيت:	
22	تاریخ تولد:	
23	محل تولد: کانتی یا ایالت، چنانچه تولد خارج از آمریکا است، نام کشور:	
24	کد قویمت:	(شاره ۲۴ دستورالعمل را نگاه کنید)
25	تابعیت یا ملیت آمریکایی؟ اگر "خیر" لطفاً تاریخ ورود به آمریکا را بنویسید.	
26	شماره بیمه‌های اجتماعی: (سوشال سکیوریتی)	

شماره بیمه‌های اجتماعی برای کسانیکه درخواست Healthy Families نمیکنند، یا فقط درخواست اورژانس یا خدمات مربوط به بارداری میکنند ضروری نیست.

بخش 2: ادامه

فرزند 1
با زاده نشده

اگر زاده نشده مبلغ را عالمت پنگارید

بانوی
باردار

فرزند 4

فرزند 3

فرزند 2

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

نام مادر: 27

خانوادگی

آیا مادر با خانواده زندگی میکند؟

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

نام پدر: 28

خانوادگی

آیا پدر با خانواده زندگی میکند؟

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

نام همسر نوجوان یا 29

شوهر زن باردار:

(اگر در همان خانه زندگی میکنند)

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

آیا زن باردار یا فرزندان 31

بیمه تدرستی، دندان،

یا دیدسنجی دیگری دارند؟

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

آیا ظرف 90 روز گذشته 32

هیچیک از فرزندان بیمه کارفرما داشته است؟

گر "بلی"، دلیل قطع بیمه و تاریخ قطع آن رابتو بسید.

بیکار شد

بیکار شد

بیکار شد

بیکار شد

بیکار شد

منتقل، بیمه ندارد

کارفرما بیمه را برای همه قطع کرد

COBRA پایان بیمه

دلایل دیگر

دلایل دیگر

دلایل دیگر

دلایل دیگر

دلایل دیگر

ماه / روز / سال

بخش 3: اعضای خانوادهای که در یک خانه زندگی میکنند. تعداد اعضای خانواده در تعیین نوع برنامه برای کودکان واجد شرایط در نظر گرفته میشود.

نام فرزندان زیر 21 سال را که در این خانه زندگی میکنند، اما نامشان در بخش 2 ذکر نشده است بنویسید؛ و نسبت آنها را با شخص مندرج در پرسش 1 بخش 1 ذکر کنید.

نسبت نام خانوادگی، نام کوچک

بله خیر

بله خیر

موعد زایمان؟

اگر بله، چه کسی؟

آیا هیچیک از اعضای خانواده که در این خانه زندگی میکنند باردار است؟

نام خانوادگی، نام کوچک

نام والدین ناتنی که در این خانه زندگی میکنند، و نامشان قبل از ذکر نشده است:

بله خیر

Medi-Cal

آیا هیچیک از افراد نامبرده در این بخش، یا والدین مذکور در بخش 2 درخواست

35

36

بخش 4: در آمد خالص (پیش از کسر مالیات) همه افراد نامبرده در پرسش‌های 17، 27، 28، 29 بخش 2 و بخش 3 را که در این خانه زندگی میکنند بنویسید. چنانچه کار آزاد دارید یا برای اثبات میزان در آمدتان از اظهارنامه مالیاتی فدرال استفاده میکنید، تنها به پرسش‌های 37، 38 و 40 در این بخش پاسخ دهید.

37	شخصی که در آمد دارد	منبع در آمد	چندوقت یکبار	مبلغ ناخالص	شماره بیمه‌های اجتماعی (اختیاری)
.1					
.2					
.3					
.4					

بخش 5: کسور در آمد خانواده. پاسخهای این بخش به ما کمک میکند که مبالغی را که میتوانیم از درآمد خالص خانواده شما کسر کنیم تعیین نماییم.

42	نوع پرداختهای خانواده شما:	نام پرداخت کننده	مبلغ پرداختی در ماه	45	مخارج مراقبت از کودک یا آفراد تحت تکفل (نام فرزند را بنویسید)	46	سن	47	مبلغ پرداختی در ماه
قرمزی فرزند				.1					
نفقة				.2					
				.3					
				.4					

بخش 6: سایر پرسش‌های بیمه.

48	آیا کسی به نمایندگی بانوی باردار یا فرزندان متقارضی بیمه بخاطر تصادف یا آسیب دیدگی به دادگاه شکایت کرده است؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بلی
49	آیا بانوی باردار یا فرزند درخواست پوشش Medi-Cal را به منظور پرداخت هزینه‌های پزشکی طرف 3 ماه گذشته را دارند؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بلی
اگر "بلی" است، تعداد ماه (هها) را بنویسید.		
50 چنانچه مایل نیستید که وقتی فرزند شما واحد شرایط استفاده از برنامه Medi-Cal بی‌هزینه نباشد، تقاضانامه وی توسط Medi-Cal کم‌هزینه ارسال نشود، لطفاً در این مربع علامت بگذارید.		

بخش 7: اطلاعاتی که ارائه آنها اختیاری است، و اجباری نیست. پاسخهای شما در تعیین واحد شرایط بودن شما تأثیری نخواهد داشت، اما به حکومت ایالتی کمک میکند که از حکومت مرکزی (فدرال) وجود بیشتری دریافت کند و هزینه برنامه‌های مراقبتی بهداشتی را پردازد.

51	آیا در خانواده فرزندان متقارضی بیش از یک اتومبیل هست؟
52	آیا در حسنهای بانکی خانواده فرزندان متقارضی بیش از مبلغ \$3,150 هست؟

بخش 8: امضاء و تأیید.

53	اینجانب با توجه به مقررات کیفری قوانین شهادت دروغ State of California اعلام مینمایم که پاسخهایی که در این تقاضا نامه داده‌ام، اظهاراتی که کرده‌ام و استاد و مدارکی که ارائه داده‌ام در حدود اطلاع و اعتقاد من درست و صحیح میباشند. همچنین اعلام میکنم که دستورالعمل تقاضانامه، اعلامیه‌ها و کلیه اطلاعات مندرج در آن را خوانده و مفاد آن را درک کرده‌ام.
امضا	_____
امضای شاهد	_____
(اگر شخص با علامت امضا کرد)	
نامنده مجاز (اگر باشد)	_____

بخش 9: فقط در صورتی پر کنیداگر توسط دستیار رسمی تکمیل تقاضانامه به شما کمک شده است (Certified Application Assistant-CAA).

54	اگر مایل هستید که اطلاعات به CAA واگذار شود به این سوال پاسخ بدهید.
<input type="checkbox"/>	با اعلام لذداشتن این مربع و امضاء گردن در زیر، من به نماینده Medi-Cal و Healthy Families اجازه میدهم که توسط ثالث اطلاعات در مورد وضع این تقاضانامه را به نماینده ثبت نام‌نگاه سازمانی که در زیر ذکر شده است، ارائه داده شود. این مجوز در تاریخی که بر نامه نصیب نتایج واحد شرایط بودن این تقاضانامه را ارسال میدارد به انتام میرسد.
<input type="checkbox"/>	من گواهی میکنم که در تکمیل این فرم از دستیار رسمی تکمیل تقاضانامه که در زیر ذکر شده است کمک دریافت کرده‌ام، اگر این CAA رایگان بود.
امضای مقاضی	_____
امضای CAA	_____
ایالت باز پرداختی را برای نهاد ثبت نام‌گذاری صادر نمیگند، مگر اینکه سوال کمالاً و برسنی در زمانی که این فرم تقاضانامه ارائه داده میشود، تکمیل شده باشد.	

اگر شما خودتان را برای برنامه **Healthy Families** واحد شرایط میدانید و میخواهید هم اکنون از برنامه بیمه تدرستی، دندان و چشم پزشکی استفاده کنید، این فرم را پر کنید. در غیر اینصورت، مابعداً برای گرفتن این اطلاعات با شما تماس خواهیم گرفت. برای آگاهی بیشتر به **جزوه Healthy Families** نگاه کنید، یا به نشانی ما در اینترنت، صفحه www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه کنید.



بخش A: انتخاب برنامه بیمه درمان، دندان، و چشم پزشکی.

کد/ بیمه چشم پزشکی	58	کد/ بیمه دندان	57	کد/ بیمه بهداشت	56
کد دندانپزشک / درمانگاه (اختیاری)	62	کد پزشک / درمانگاه (اختیاری)	61	نام پزشک / درمانگاه (اختیاری)	59

بخش B: پروژه پیشنهادی.

اگر در یکی از گروه های زیر هستید، یک مجموعه برنامه های بیمه تدرستی، دندان و چشم پزشکی ایالتشی هست که به شما پیشنهاد میکنند. شما میتوانید این مجموعه جدید بیمه را انتخاب کرده و کد آن را در مریع زیر بنویسید. برای یافتن شماره کد مشترک به جزوه Healthy Families مراجعه کنید. مریعهایی که واحد شرایط شما میباشد علامت بگذارید.	کد مجموعه برنامه جدید
<input type="checkbox"/> بومی آمریکا (سرخپوت) یا در مشاغل فصلی یا مهاجرتی کار میکنم: <input type="checkbox"/> کشاورزی <input type="checkbox"/> جنگل <input type="checkbox"/> شیلات	

بخش C: اظهاریه درخواستگران برنامه .Healthy Families

• من 18 سال دارم و برای خودم درخواست میدهم؛ یا من برای همه فرزنداتم که واحد شرایط برنامه Healthy Families هستند درخواست میکنم، مگر اینکه آنها قبلاً ثبت نام شده باشند.	اینچنان اعلام میکنم که برایشان درخواست داده‌ام:
• پرداخت 6 ماه حق بیمه ماهانه را میبینم، چنانچه حق بیمه را نپردازم، نام من از برنامه حذف خواهد شد و به مدت 6 ماه نمیتوانم دویاره در برنامه شرکت کنم. در اینصورت ملزم هستم که هزینه خدماتی را که در آخرین ماه پس از قطع مزایا از برنامه دریافت Healthy Families میدارم پردازم.	California است.
• به برنامه Healthy Families اجازه میدهم در مورد درآمد خوانده من، پوشش بیمه‌ای، وضعیت مهاجرت افرادی که برایشان درخواست داده‌ام، و در مورد هر نکته دیگری که در تقاضانامه نوشته شده است بررسی و بازبینی عمل آورند.	در زندان یا بیمارستان روانی نیست.
• قبول میکنم که ظرف 30 روز هر گونه تغییری که در نشانی اشخاصی که درخواست آنها در برنامه پذیرفته شده است، و نیز هرگونه تغییری که در نشانی مربوط به ارسال صورتحساب رخ دهد، برنامه را مطلع و آگاه کنم.	برای میکر Part A Medicare و Part B Part A Medicare و واحد شرایط نمیباشد.
• جزو Healthy Families را خوانده و مطالب آن را فهمیده‌ام، و میدانم که در مورد هر یک از برنامه‌های بیمه تدرستی، دندان، و چشم پزشکی و مزایای آنها چه میگوید.	عضو خانواده‌ای نیست که اعضای آن برای مزایای سیستم بهداشتی و بازنشستگی کارکنان California واحد شرایط هستند.

بخش D: اطلاعیه مربوط به محظمانه بودن اطلاعات.

قانون کاربرد اطلاعات مصوب 1977 و قانون راجع به محظمانه بودن اطلاعات، برنامه Healthy Families را مکلف میسازد که به کسانیکه از آنها درخواست اطلاعات میکند اطلاعیه زیر را بدهد:
بیمه اطلاعات شخصی و پزشکی مورد درخواست تها به منظور شناسایی امضا کننده و اداره امور برنامه بیمه مورد استفاده قرار خواهد گرفت. اصل 10 قانون 2699.6600 بخش 2699.6600 آینین نامه برنامه بیمه میدارد که همه درخواستگران، در هنگام درخواست Healthy Families اطلاعات لازم را در اختیار برنامه قرار دهند. این اطلاعات میتواند در اختیار دستگاه‌های ایالتی و محلی ذیرپر قرار داده شود، تا برای اداره امور برنامه بیمه از آنها استفاده کنند. اطلاعات (شامل اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت) راجع به اشخاصی که امضا کننده نمیباشد فقط به منظور تعیین صلاحیت آنان و اداره امور برنامه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.
قصور در ارائه اطلاعات موردنیاز ممکن است موجب بازگرداندن تقاضانامه ناقص شود.
ارائه اطلاعات زیر در تقاضانامه الزامی نیست: شماره بیمه های اجتماعی (سوشال سکوریتی)، اطلاعات مربوط به نژاد و قومیت فرد (مگر اینکه امضا کننده بومی آمریکا باشد) و کلیه مواردی که اختیاری و ارادی اعلام شده است. هر کس حق دارد به سوابق مربوط به اطلاعات شخصی خود که بوسیله هیئت بیمه درمانی ریسکهایی کنترل شده نگهداری میشود دسترسی داشته باشد. فرد مسئول نگهداری اطلاعات معاون قسمت صلاحیت و ثبت نام، هیئت بیمه درمانی ریسکهای کنترل شده Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695 میباشد.

بخش E: حل و فصل اختلافات.

هنگامی که شما در یک برنامه ثبت نام میکنید، موافقت کرده‌اید که دعاوی شما (که ممکن است شامل دعاوی مربوط به اشتباهات پزشکی هم باشد) بوسیله یک هیئت داوری بیطرف، که احکامش قطعی و لازم الاجرا خواهد بود، حل و فصل گردد. اعضاء از حق خود دائز بر داشتن هیئت ثوری یا محاکمه در دادگاه صرفنظر میکنند. جزو Healthy Families اطلاعاتی پیرامون هر برنامه و مقررات مربوط به داوری دارد. برای آگاهی بیشتر میتوانید با برنامه های خود تماس حاصل نمایید.

بخش F: امضا و تأیید.

اینچنان گواهی میکنم که اطلاعات بالا را خوانده و درک کرده‌ام. همچنین گواهی میکنم که اطلاعاتی که در این فرم داده‌ام درست و صحیح است.	امضا
_____	امضای شاهد

(در مورد کسانیکه بجای امضا علامت میگذارند)

پرسش 23

محل تولد هر یک از فرزندان یا بانوی باردار را بنویسید. چنانچه محل تولد ایالت California میباشد، نام کانتی را هم بنویسید. چنانچه خارج از ایالت California متولد شده است، نام ایالت را بنویسید. چنانچه خارج از ایالات متحده متولد شده است، نام کشور مربوط را بنویسید.

پرسش 24

برای پاسخ به پرسش شماره 24 از نمودار زیر استفاده کنید و شماره کد یا حرف مربوط به نژاد و قومیت خود را پیدا کنید. اعلام نوع قومیت اجباری نیست مگر در مورد بومیان آمریکا (سرخپستان).

گدهای نژاد و قومیت

1	سفید پوست	A	آمریکایی-آسیایی	N	هندی-آسیایی
2	اهل آمریکای لاتین	C	چینی	P	اهل هاوایی
3	سیاه پوست	H	کامبوجی	R	آمریکایی آفریقایی
4	آسیایی	L	ژاپنی	T	لانوسی
5a	بومی آمریکا (سرخپستان)	K	کره‌ای	V	ویتنامی
5b	بومی آلاسکا	M	ساموآیی	Z	فیلیپینی

پرسش 25

اطلاعات مربوط به مهاجرت که ما در بخشی از این تقاضانامه از شما میگیریم محترمانه و خصوصی خواهد بود. حکومت ایالتی از این اطلاعات تنها برای تعیین واحد شرایط بودن شما و نیز اداره امور برنامه های بیمه استفاده میکند. (به اطلاعیه های مربوط به محترمانه بودن اطلاعات نگاه کنید).

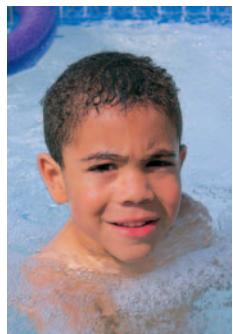
برنامه های بیمه Healthy Families و Medi-Cal راجع به وضعیت مهاجرت والدین و سریرستانی که برای خودشان پوشش بیمه نمیکنند هیچگونه اطلاعاتی جمع آوری درخواست بدنهن، نخواهد کرد. این برنامه های میتوانند و نباید اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت والدین را به اداره مهاجرت آمریکا مورد بازپرداخت و حق ندارند از اطلاعات مزبور برای درخواست و اخذ اطلاعات از دریافت کنندگان خدمات در وجود استفاده کنند.

اطلاعات مربوط به امور مهاجرت را **قنه** در مورد افرادی بنویسید که درخواست بیمه تدرستی میکنند. در مورد اشخاصی که چینی درخواستی ندارند (از قبیل والدین) اطلاعات ندهید.

عده زیادی از مهاجران میتوانند برای برنامه های Medi-Cal و Healthy Families واجد شرایط باشند.

در مورد **جزوه Healthy Families**: فرزندان باید خارجی واحد شرایط باشند. در **جزوه Healthy Families** مشخص شده است که کدام دسته از خارجیان میتوانند واحد شرایط باشند. در این جزو فهرست وضعیتهای مختلف مهاجرت نیز نوشته شده است.

در مورد **Medi-Cal**: فرزندان و زنان بارداری که فاقد مدارک اقامت هستند، میتوانند از خدمات فوری (اورژانس) و خدمات مربوط به حاملگی استفاده کنند. مهاجرانی که همه شرایط لازم را از نظر در آمد و وضعیت مهاجرت احراز کنند، میتوانند از **همه مزایای Medi-Cal** استفاده کنند.



پرسش 26

- برای استفاده از مزایای برنامه بیمه Healthy Families و برای کسانیکه Medi-Cal درخواست در موارد اورژانس یا خدمات مربوط به بارداری دارند، شماره بیمه های اجتماعی (سوشال سکیوریتی) لازم نیست.



- شماره بیمه های اجتماعی برای کودکان، نوجوانان یا زنان بارداری که درخواست مزایای Medi-Cal را میکنند لازم میباشد.

- اگر شماره بیمه های اجتماعی نداشته باشید و بخواهید از مزایای Medi-Cal بطور کامل استفاده کنید، میتوانید از هم اکنون این شماره را درخواست کنید، و آن را ظرف 60 روز آینده به ما بدهید.

- خواهشمند است برای آگاهی از چگونگی دادن درخواست و گرفتن شماره بیمه های اجتماعی با سازمان بیمه های اجتماعی (Social Security Administration) با **شماره رایگان 1-800-772-1213** تماس بگیرید.

پرسش 27

- نام مادر هر یک از فرزندان و یا بانوی باردار را بنویسید. اگر مادر همه فرزندان یکی است، نام او را برای فرزند 1 بنویسید، و برای فرزندان دیگر و یا بانوی باردار واژه "همان" را قید کنید.



پرسش 28

- نام پدر هریک از فرزندان و یا بانوی باردار را بنویسید. اگر پدر همه فرزندان یکی است، نام او را برای فرزند 1 بنویسید، و برای فرزندان دیگر و یا بانوی باردار واژه "همان" را قید کنید.

پرسش 29

- اگر همسر نوجوان با او در یک خانه سکونت دارد، نام همسر را بنویسید. اگر شوهر بانوی باردار با او در یک خانه سکونت دارد، نام شوهر را بنویسید.

پرسش 30

- اگر فرزند قبله از برنامه Medi-Cal رایگان استفاده میکرده یا در حال حاضر استفاده میکند، و از کانتی اخطار دریافت کرده مبنی بر اینکه برنامه Medi-Cal او از این به بعد **هزینه** دربر خواهد داشت، در اینصورت مربع "بلی" را علامت بگذارید. تاریخی را که پوشش Medi-Cal رایگان هریک از فرزندان قطع خواهد شد نیز قید کنید. چنانچه پاسخ منفی است مربع "خیر" را علامت بگذارید.



پرسش 31 و 32

- در مورد Medi-Cal: شما میتوانید از مزایای Medi-Cal استفاده کنید، و در عین حال بیمه تدرستی دیگری داشته باشید. ممکن است آنچه را که بیمه دیگر نمیپردازد برای شما تأمین کند.



- در مورد Healthy Families: چنانچه فرزند شما از بیمه تدرستی کارفرمای خود استفاده میکند، برای Healthy Families واحد شرایط نخواهد بود.

در آمد همه افراد نامبرده در بخش‌های 2 و 3 را که در یک منزل بسر می‌زند بنویسید. این اطلاعات به منظور تعیین نوع برنامه‌ای که شما بروای آن واجد شرایط هستید استفاده می‌شود.



پرسش 37

برای هر عضو خانواده که در آمد دارد یک سطر جداگانه منظور کنید. اگر کسی از دو منبع در آمد دارد، دو سطر برای او منظور کنید. **به عنوان مثال:** اگر مریم دو شغل دارد، برای هر شغل یک سطر منظور کنید و در آمد او را گزارش دهید.

پرسش 38

منبع درآمد را بنویسید. **به عنوان مثال:** در آمد ممکن است از کار باشد (کارفرما یا کار آزاد) در آمد ممکن است مقرری فرزند از پدری باشد که در آن خانه سکونت ندارد. ممکن است نفعه همسر قابلی، مزایای پرداخت بوسیله سازمانهای دولتی از قبیل بیمه از کارافتادگی بازمانده بازنشسته سازمان بیمه‌های اجتماعی (Social Security Retirement Disability Insurance) و سازمان سربازان قبیمی (Veterans Administration)، عواید حاصل از بیمه، حقوق بازنشستگی عواید اجاره ملک، هدایای دریافتی از خویشاوندان و دوستان و نظایر آن باشد. **به عنوان مثال:** چنانچه در مورد منظور کردن انواع درآمد در تقاضانامه سوالی دارید، با **شماره رایگان 1-800-880-5305** تماس بگیرید.

در تقاضانامه اقلام زیر را جزو درآمد خود منظور نکنید: مبلغ دریافتی از SSI / SSP، در آمدهای حاصل از نگهداری کودکان، در آمدهای حاصل از کار در دانشگاه در حین تحصیل، وجود دریافتی از CalWORKs (جانشین AFDC)، وامها، و در آمدهای فرزند زیر 14 سال یا فرزندی که به مدرسه میرود.



پرسش 39

هر چند وقت یکبار این در آمد عاید شما می‌شود؟ **به عنوان مثال:** یکبار در هفته (هفتگی)، دو هفته یکبار، دوبار در ماه، ماهی یکبار، سالی یکبار، و غیره.

پرسش 40

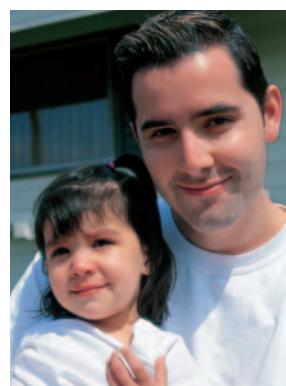
- مبلغ در آمدی را که هریار دریافت می‌کنید بنویسید.
- **به عنوان مثال:** چنانچه هفته‌ای یکبار در آمد دریافت می‌کنید، مبلغ هفتگی را در مربع مربوط بنویسید.
- اگر مقدار در آمد گاه به گاه تغییر می‌کند، متوسط در آمدی را که بطور مستمر می‌گیرید بنویسید. ما با استفاده از فیش‌های حقوق یا مدارک دیگری که ارائه می‌دهید در آمد ماهانه شما را به درستی محاسبه می‌کنیم.
- اگر میدانید که **دو چند ماه آینده** به دلیل اضافه کاری، ترفع، اضافه حقوق، افزایش مورد انتظار مقرری فرزند یا نفعه، برکناری از خدمت، مخصوصی اجباری و نظایر آن در آمد خانواده شما بالا و پایین میرود، روی یک برگ کاغذ جداگانه موضوع را توضیح دهید. **به عنوان مثال:** در آمد مریم از شغلش در این ماه \$1000 است، لیکن حقوق ماهانه او فقط \$800 می‌باشد. روی کاغذ جداگانه توضیح دهید که دریافتی ماریا شامل \$200 حقوق اضافه کاری (یا \$200 پاداش) است، و اینکه این در آمد اضافه کاری تا چه مدت ادامه خواهد داشت (یا هر چند وقت یکبار پاداش می‌گیرد).

- اگر کار آزاد دارید، در آمد خالص خود را از روی پیوست 6 اظهارنامه مالیاتی فدرال سال پیش خودتان بنویسید؛ یا ارقام صورت سود و زیان سه ماه اخیر را ارائه دهید.

- چنانچه از اظهارنامه مالیاتی فدرال سال پیش استفاده می‌کنید، جمع کل آرقامی را که به گزارش داده‌اید بنویسید. زیانها را کسر نکنید.

پرسش 41

- نوشتن شماره بیمه‌های اجتماعی (سوشال سکیوریتی) برای این پرسش اجباری نیست.



اعضای خانواده‌ای که در یک خانه زندگی می‌کنند. تعداد اعضای خانواده یکی از عوامل تعیین کننده نوع برنامه‌ای است که فرزندان شما واجد شرایط آن می‌باشند.

چه کسانی اعضاً بزرگسال خانواده محسوب می‌شوند؟

- پدرخوانده و مادرخوانده یا والدین حقیقی فرزندی که از مزایای بیمه استفاده خواهد کرد
- شوهر زن بارداری که درخواست بیمه می‌کند
- بانوی باردار
- فرزندان صغیری که از قید اختیار والدین رها شده یا فرزندان صغیری که مستقلان خود را اداره می‌کنند.

چه کسانی فرزند طبیعی و فرزند خوانده محسوب می‌شودند؟

- فرزندی که هنوز زاده نشده است
- کلیه فرزندان زیر 21 سالی که در یک خانه بسر می‌زند
- کلیه فرزندان زیر 21 سالی که درس میخوانند و از لحاظ مالیاتی به عنوان افراد تحت تکفل به حساب می‌ایند
- اعضاً خانواده را که از کمکهای دولتی مثل **SSI/SSP** یا **CalWORKs** استفاده می‌کنند منظور نکنید.



پرسش 33

در محاسبه در مدد خانواده، فرزندان زیر 21 سال که در یک خانه سکونت دارند اعضای یک خانواده محسوب می‌شوند. **به عنوان مثال:** چنانچه نام دو فرزند در بخش 2 و دو فرزند دیگر در بخش 3 ذکر شده است، ما میتوانیم بجای دو فرزند، چهار فرزند در یک خانواده منظور کنیم. برادران، خواهران، برادران ناتنی و خواهران ناتنی را که در یک خانه بسر می‌زند و نامشان در پرسش 17 بخش 3 ذکر نشده است در اینجا ذکر کنید. (فرزند 1، فرزند 2، فرزند 3 یا فرزند 4).

پرسش 34

مراقبتها پیش از زایمان برای همه بانوان باردار امر مهمی است. پاسخ به این پرسش به مسؤول درخواسته های زنان باردار را زودتر بشناسد و آنها را سریعتر به جریان بیاندازد.

پرسش 35

پاسخ به این پرسش ما را یاری میدهد تا در آمد خانواده شما را به درستی محاسبه کنیم.



اگر برادر، خواهر، برادرناتنی، خواهرناتنی بین سین 19 تا 21 سال، یا پدر یا مادر حقیقی یا ناتنی درخواست پوشش بیمه **Medi-Cal** می‌کنند، مربع "بلی" را علامت بگذارید. چنانچه مربع "بلی" را علامت بگذارید، برای اخذ اطلاعات بیشتر با شما تماس گرفته خواهد شد.

پرسش 36



سایر پوشش‌های بیمه

پرسش 48

چنانچه **Medi-Cal** هزینه‌های درمانی مربوط به تصادف یا آسیب دیدگی شما را پردازد مخارج انجام شده از محل وجوهی که شما پس از حل و فصل دعوا ممکن است دریافت کنید بروداشت خواهد شد.

پرسش 49

بیمه **Medi-Cal** ممکن است در پرداخت بعضی از هزینه‌های درمانی پرداخت نشده‌ای که طی 3 ماه پیش از تکمیل تقاضانامه داشته‌اید به شما کمک کند.

- حتی اگر برای برنامه **Healthy Families** درخواست میدهید و در 3 ماه پیش از تکمیل تقاضانامه هزینه‌های درمانی داشته‌اید، بیمه **Medi-Cal** ممکن است به شما کمک کند.

چنانچه مربع بلي؛ راعلامت بگذاريد، نماینده **Medi-Cal** ممکن است با شما تماس بگيرد.

پرسش 50

اگر کودک ذکر شده در قسمت 2 در **بی هزینه** ثبت نام شود و در آينده درآمد شما افزایش پيدا کند، يا وضع شما تغيير گند، ما تقاضانامه شما را به **Healthy Families** ارسال خواهيم نمود. چنانچه شما مายيل نسيتند که تقاضانامه شما به **Healthy Families** ارسال شود اين مربع را علامت بگذاريد.



بخش 7

اطلاعاتي که پاسخ به آنها اختياری است:

پرسش 51 و 52

پاسخ به اين پرسشها اختياری نیست.

بخش 8

امضاء و تائيد

پرسش 53

طبق قوانين ايا لتي و فدرال شما ملزم هستيد فرم تقاضانامه را امضاء کنيد. امضای شما در اين بخش نمایانگر آن است که همه اظهارات و پاسخهای شما درست است و اسنادی که ارائه میدهيد صحيح و واقعی است.

بخش 9

کمک در تکمیل تقاضانامه

پرسش 54

با علامت گذاشتن مربع، شما به **Medi-Cal** و **Healthy Families** اجازه میدهيد که از طریق تلفن اطلاعات را در مورد وضع فرم تقاضانامه به نماینده نهاد ثبت نام کنند (EE) (Enrollment Entity-EE) ارائه داده شود. این مجوز در تاریخی که برنامه تصمیر نتایج واجد شرایط بودن این تقاضانامه را ارسال میدارد به انعام ميرسد.

پرسش 55

شما اعلام میداريد که به شما توسط CAA کمک شده است تا برنامه‌ها بتوانند به **EE** برای کمک گردن به شما باز پرداخت گنند.



كسور از درآمد خانواده.

پاسخهای اين بخش به ما کمک ميکند تا تعين کنیم از چه ارقامی باید برای پاسخ آوردن ميزان در آمد خانواده شما استفاده کنیم.

پرسش 42

ما ممکن است پرداختهای مربوط به **مقرري فرزند**، که بر اساس رأي دادگاه انجام ميشود، **يا نفقه** را از درآمد خانواده کسر کنیم.

پرسش 43

نام شخصی را که مقرري فرزند یا نفقه میپردازد بنویسید.

پرسش 44

كل مبلغ را که پرفرزند یا همسر زن باردار (مندرج در بخش 2) در يك ماه بابت مقرري فرزند یا نفقه میپردازد بنویسید.

پرسش 45

نام کسانی را که از مراقبتهاي فرزند یا مراقبتهاي افراد تحت تکفل استفاده ميکنند بنویسید.



پرسش 47

كل مبلغ را که در ماه بابت هر فرزند یا فرد از کارافتاده تحت تکفل پرداخت ميشود بنویسید.

ما ممکن است پرداختهای مربوط به **مراقبت از فرزند و/يا مراقبت از فرد از کارافتاده** تحت تکفل را از درآمد خانوار کسر کنیم، مشروط بر اينكه:

- پرداختها بوسيله مادر یا پدر فرزند یا همسر بانوی باردار (مندرج در بخش 2) انجام شده باشد؛ و

- پدر یا مادر فرزند یا همسر زن باردار (نامبرده در بخش 2) مشغول کار یا آموزش شغلی باشد، و هيچکس برای مراقبت در خانه نباشد.

ارقامي که با روش بالا کسر ميگردد از حد اکثر مجاز برای مراقبت از هر چه یا مراقبت از فرد از کارافتاده تحت تکفل تجاوز نخواهد گرد. اين حداکثرها بستگی به سن اشخاصی دارد که از اين خدمات استفاده ميکنند.

حداکثر کسور ماهانه برای هر فرزند و فرد از کار افتاده تحت تکفل به شرح زير است:

فرزند زير 2 سال

فرزند 2 سال و بالاتر

از کارافتاده تحت تکفل در هر سني = \$175



كسور مربوط به هزینه هاي شغل

تا مبلغ \$90 بابت هر عضو خانواده مندرج در بخش 4 که شاغل است یا مزایای بيمه از کار افتادگي ایالتی (State Disability Insurance) یا حقوق آسیب دیدگی (Workers Compensation) دریافت ميکند کسر خواهد شد.

كسور مربوط به مقرري فرزند و نفقه

اگر در آمد شما از محل مقرري فرزند یا نفقه است، \$50 از درآمد خانواده ممکن است کسر شود.

مدارک مورد نیاز



- **یک نسخه از گواهی ولادت** برای کسانیکه ملیت یا تابعیت آمریکایی دارند، و درخواست پوشش بیمه تدرستی میکنند. این مدرک را هم اکنون یا طرف 60 روز پس از ثبت نام بفرستید.

یا

- **مدرک وضعیت مهاجرت** یا برگ رسید اداره مهاجرت (INS) مبنی بر اینکه شما اقدام کردیده‌اید. تنها کسانی که بیمه درمان درخواست میکنند باید یک نسخه از سندی که تاریخ ورودشان به آمریکا را نشان میدهد (پشت و رو) یا رسید آن را هم اکنون یا طرف 30 روز از تاریخ ثبت نام بفرستند. حتی اگر فرزند یا بانوی باردار قادر مدارک مهاجرت باشند ممکن است برای خدمات اورژانس یا خدمات مربوط به بارداری **Medi-Cal** واجد شرایط باشند.

- **مدرک کسور مندرج در بخش 5** برای مراقبتها فرزند یا فرد تحت تکفل رسیدها یا لشه چکهای باطل شده را بفرستید.

- **مدرک اقامت در ایالت California:** مدرک در آمدتان میتواند سند اقامت شما هم باشد. اگر منع درآمدتان ایالت California نیست، سایر مدارک اقامت را ارسال دارید.

- چنانچه باردار هستید، یا برای فرزند زاده نشده درخواست میکنید، **مدرک بارداری** از پزشک یا درمانگاه را بفرستید.

- **مدرک در آمد.** یک نسخه از آخرین فیش حقوق را بفرستید چنانچه فیش حقوق در دسترسنگان نیست، یک گواهی از کارفرمای خود ارائه دهید. در آمد ناخالص و تاریخهای دریافت وجود باید روی گواهی نوشته شده باشد.

یا

- **یک نسخه از آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال سال پیش را** بفرستید.

- **سایر مدارک در آمد که باید بفرستید:** اگر شخص شغل آزاد دارد، اظهار نامه مالیاتی فدرال سال پیش (همراه با ضمیمه C) یا **صورتهای سود و زیان 3 ماه** پیش را بفرستید.

- اگر شخص در آمدهایی مثل **مزایای از کارافتادگی یا حقوق بازنشستگی** دارد **نسخهای از احکام** مربوط به مزایای از کارافتادگی یا **حقوق بازنشستگی یا صورتحساب** بانکی دائر بر واریز مستقیم وجه را بفرستید.

- **اگر کسی مقری فرزند و یا نفقة یا مقری همسر** دریافت میکند، **نسخهای از چکهای** دریافتی یا آخرین **اطلاعیه بخش حمایت خانواده** وابسته به **دادسرای منطقه** (District Attorney's Family Support Division) را ارسال نمایید.

- فقط برای برنامه **Healthy Families** ("**Share-of-Cost Notice of Action**") **Medi-Cal** سهم هزینه " 30 روز گذشته از دریافت داشته اید، و نشان میدهد که فرزند سهم هزینه دارد، میتواند به عنوان مدرک درآمد مورد استفاده قرار گیرد.



تکمیل بخش



پرسش 56 تا 64

اگر فرزندان شما برای **Healthy Families** واجد شرایط بنظر میرسند و شما مایلید پوشش بیمه تدرستی آنها هر چه زودتر شروع شود، به این پرسشها پاسخ دهید، در غیر اینصورت ما بعداً برای گرفتن این اطلاعات با شما تماس خواهیم گرفت.

جزوه Healthy Families اطلاعات

بالرژشی پیرامون برنامه های بیمه، برنامه های کانتی شما، روش انتخاب پزشک یا دندانپزشک و پرداخت حق بیمه دارد. برای انتخاب برنامه بیمه تدرستی، دندان و دیدسنجی از این **جزوه** استفاده کنید.

حق بیمه ماه اول را همراه با تقاضانامه (فرمها A1 تا A4) بفرستید. اگر حق بیمه 3 ماه را هم اکنون یکجا بپردازید، ماه چهارم (4) **رایگان خواهد بود!** چک خود را بنام **Healthy Families** بنویسید. چک شخصی (personal checks)، حواله پولی (money orders)، و چک بانکی (cashier's checks) مورد قبول است. از پذیرفتن پول نقد معذوریم. به **جزوه Healthy Families** نگاه کنید و مبلغ حق بیمه ماهانه خود را پیدا کنید. چنانچه فرزند شما برای **Healthy Families** واجد شرایط تشخیص داده نشد، حق بیمه پرداختی به شما برگشت خواهد شد.



برای گرفتن **جزوه Healthy Families** به شماره **رایگان 1-800-880-5305** زنگ بزنید. یا میتوانید به نشانی ما در اینترنت صفحه www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه کنید.

اطلاعیه مربوط به محramانه بودن اطلاعات : Medi-Cal

قانون کاربرد اطلاعات مصوب 1977، و قانون فدرال راجع به محramانه بودن اطلاعات، اداره خدمات بهداشتی را مکلف میسازد اطلاعات زیر را ارائه دهد: بخش 14011 قانون رفاه و نهادها و مقررات اصل 22 قانون CCR مقرر میدارد که درخواستگران برنامه Medi-Cal اطلاعات درخواستی مربوط به واجد شرایط بودن خود را در تقاضانامه ارائه دهند. این اطلاعات ممکن است به منظور تأیید صلاحیت درخواستگران و نیز برای مقاصد دیگر مربوط به اداره امور برنامه Medi-Cal در اختیار دستگاههای فدرال، ایالتی، و محلی گذاشته شود. این مقاصد شامل تأیید وضعیت مهاجرت بواسیله اداره مهاجرت آمریکا فقط در مورد اشخاصی خواهد بود، که درخواست مزایای کامل Medi-Cal را دارند. (قانون فدرال مقرر میدارد که اداره مهاجرت آمریکا حق ندارد از اطلاعات برای مقاصد دیگری استفاده کند، مگر در مواردی که موضوع تقلب در میان باشد). از اطلاعات مزبور با کاربرد سیستم داده های الکترونیکی در جهت رسیدگی به دعاوی و تهیه کارتاهای شناسایی مزایا (BICs) استفاده خواهد شد. کوتاهی در دادن اطلاعات مورد نیاز ممکن است موجب رد تقاضانامه شود.



به استثنای اطلاعات مربوط به نژاد و قومیت و مواردی که اختیاری اعلام شده است، ارائه بقیه اطلاعات خواسته شده در این فرم الزامی است. نوشتن شماره بیمه های اجتماعی (سوشال سکیوریتی) طبق بخش (1)(a) قانون بیمه های اجتماعی و بخش 14011.2 قانون رفاه و نهادها الزامی است، مگر اینکه تقاضانامه فقط برای خدمات اورژانس یا مزایای مربوط به بارداری باشد.

هر فردی حق دسترسی به سوابق مربوط به اطلاعات شخصی خود دارد، که در اداره خدمات بهداشتی نگهداری میشوند. برای اخذ سوابق خود با خدمات بهداشتی و انسانی و اداره خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.



اطلاعیه Medi-Cal در زمینه محramانه بودن اطلاعات:

بر اساس مفاد بخشهای 10850 و 14100.2 قانون رفاه و نهادها، اطلاعاتی که در این تقاضانامه آمده است خصوصی و محramانه میباشد. این اطلاعات فقط طبق قوانین نامبرده بالا افشا و اعلام خواهد شد.

حقوق، مسئولیتها و اظهاریه های مربوط به Medi-Cal

اینجانب حق دارم:

- بطور عادلانه و منصفانه، و قطع نظر از نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملت، جنسیت، سن و اعتقادات سیاسی با من رفتار شود.
- درخواست مترجم شفاهی کنم.

Medi-Cal چنانچه بنظر من تصمیم اتخاذ شده بواسیله در مورد من غیر عادلانه و نادرست بوده است، درخواست جلسه دادرسی کنم. درخواست جلسه دادرسی ازطرف من باید 90 روز پس از وصول "خطار برای اقدام" صورت گیرد. برای آگاهی از جلسات دادرسی با **تلفن 952-5253-1-800** تماس بگیرید.

مسئولیتهای من بشرح زیر است:

- گزارش وضعیت افامت خود را طبق درخواست کانتی بفرستم.
- هرگونه تغییری که در اطلاعات ارائه شده در تقاضانامه رخ میدهد، طرف 10 روز مرتب را گزارش کنم.
- اگر هر یک از اعضای خانواده من درخواست مزایای از کار افتادگی کند، یا در یکی از نهادهای دولتی نگهداری شود، یا به علت تصادف و آسیب دیدگی ناشی از غفلت دیگران تحت مراقبتهای درمانی قرار بگیرد، کانتی را در جریان امر بگذارم.
- در مواردی که پرونده من مورد تجدیدنظر قرار میگیرد با مسئولین مربوطه همکاری کنم.

اعلام میکنم که اشخاصی که بروایشان درخواست بیمه میکنم:

- در California زندگی میکنند و در نظر دارند در این ایالت بمانند.
- در خارج از California مالک محل سکونت دائم نیستند، واجاره نگردهاند.
- از خارج از California کمکهای دولتی دریافت نمیکنند.



همچنین اعلام میدارم که:

- میدانم که به عنوان یکی از شروط واجد شرایط بودن و Medi-Cal همه حقوق مربوط به کمکهای پزشکی من خود بخود به ایالت California واکذار شده است.
- چنانچه برای برنامه Medi-Cal واجد شرایط نباشم، ممکن است برای استفاده از برنامه های دیگر شرایط لازم را داشته باشم، و حق دارم برای آنها درخواست کنم.
- قبول میکنم که چنانچه تعمدآ حقایق مورد نیاز را ارائه ندهم، یا اگر اطلاعات دروغین و نادرست بدhem، درخواست من رد شده یا مزایای من قطع خواهد شد، و ممکن است ملزم به بازپرداخت مزایای دریافت شده باشم. همچنین ممکن است بخاطر تقلب تحت بازجویی قرار بگیرم.

برای در یافت کمک به زبان خودتان... خواهشمند است
با تلفن رایگان ۱-۸۰۰-۵۳۰۵-۸۸۰ تماس بگیرید

For English information, Press 1.....  1 English

Si desea información en español, oprima el 2.....  2 Spanish

Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3.....  3 Vietnamese

សូមប្រព័ន្ធបានបន្លំចជាការសារទូទៅ, សូមទូរសព្ទទៅលេខខាងលើហើយចុចរលក 4.....  4 Cambodian

Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5.....  5 Hmong

Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռախոսով պերը նշված համարով եւ սեղմեք 6.....  6 Armenian

如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7.....  7 Cantonese

한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8)을 누르십시오.....  8 Korean

Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9.....  9 Russian

برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره ۰ را فشار دهید.....  0 Farsi